

Среди 34 пациентов, поступивших с направительным диагнозом ТИА, он не был подтвержден у 22 (64,7 %), у них были диагностированы следующие заболевания: гипертонический криз ($n = 8$; 36,3 %); синдром позвоночной артерии ($n = 10$; 45,4 %); поздняя мозжечковая атакия ($n = 4$; 18,1 %). У 12 (35,3 %) пациентов диагноз ТИА был подтвержден.

У 12 (35,3 %) из 34 пациентов, направленных с диагнозом с ТИА, он был подтвержден. Вместе с тем у 10 (23 % от 44) пациентов, поступивших с иной патологией, была диагностирована ТИА.

Изучение анамнеза показало, что у 15 (68 %) пациентов с установленным диагнозом ТИА были выявлены корригируемые репрезентативные факторы риска ОНМК, свидетельствующие о необходимости их коррекции с целью вторичной профилактики; у 7 (32 %) — не были установлены факторы риска.

Выводы

1. Оказание медицинской помощи в 432 ГВКМЦ осуществляется в установленном порядке в достаточном объеме.

2. В некоторых эпикризах историй болезней пациентов с ТИА не в полной мере отражены медицинские рекомендации, и не были установлены факторы риска, необходимые для адекватного воздействия на корригируемые репрезентативные факторы риска с целью вторичной профилактики острых сосудистых событий.

3. Вторичная профилактика ТИА должна осуществляться не только в условиях многопрофильного лечебного учреждения, но и на амбулаторном этапе (в условиях медицинских рот и медицинских центров).

4. Имеющиеся проблемные вопросы оказания помощи этой категории пациентов (гипо- и гипердиагностика, игнорирование или недооценка факторов риска и др.) обуславливают целесообразность продолжения работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. Болезни нервной системы: рук-во для врачей / И. В. Дамулин; под ред. Н. Н. Яхно. — М.: Медицина, 2005. — Т. 1. — С. 231–302.
2. Фейгин, В. Инсульт: клиническое руководство / В. Фейгин, Д. Виберс, Р. Браун. — М.: Бином, СПб.: Диалект, 2005.
3. Парфенов, В. А. Транзиторная ишемическая атака и гипертонический криз / В. А. Парфенов, С. К. Рагимов, Т. Г. Фатеева // Клиническая геронтология. — 2009. — Т. 15.
4. Меркулова, Г. П. Транзиторные ишемические атаки / Г. П. Меркулова // Медицина неотложных состояний. — 2012. — № 2 (41).
5. Крыжановский, Г. Н. Дизрегуляторная патология нервной системы / Г. Н. Крыжановский, Е. И. Гусев. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 512 с.

УДК 61,4.2.(476) «1941-1944»

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПАРТИЗАНСКИХ ОТРЯДАХ БЕЛАРУСИ

Тараренко Е. Д.

Научный руководитель: к.ист.н., доцент М. Е. Абраменко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Медицинское обеспечение партизанского движения на территории Беларуси в период ВОВ является уникальным явлением в мировой практике оказания лечебной помощи личному составу партизанских формирований и местному населению действующих в тылу врага на оккупированной территории. На территории Беларуси в начальный период войны формирующиеся партизанские отряды имели ограниченное количество врачей и среднего медицинского персонала. В начале боевых действий, и позже в период создания структуры медицинской службы, перед медиками всегда стояла острее проблема обеспечения ле-

карственными средствами раненных и больных партизан. С 1942 г., когда был создан Белорусский штаб партизанского движения, было налажено относительно регулярное обеспечение медикаментами и инструментами. Однако, дефицит лекарственных средств ощущался всегда. Во время лечения партизан широко использовался опыт народной медицины.

Цель

Показать способы применения лекарственных средств растительного происхождения, употребляемых населением Беларуси в условиях партизанской войны.

Основная часть

Медицинская служба партизанских формирований испытывала большие трудности со снабжением медицинским имуществом, необходимым для лечения раненых и больных партизан. Обычно его добывали при содействии связанного с партизанскими формированиями медицинского персонала, работавшего в немногочисленных лечебных учреждениях и аптеках, функционировавших на оккупированной фашистами территории. Таким медицинским работникам через связных партизанского отряда передавали «заказ» на нужные медикаменты и перевязочный материал. Они этот заказ выполняли и через связных отправляли медицинское имущество в партизанский отряд.

Жители оккупированной территории были поставлены в тяжелейшие санитарные условия жизни. Скученность населения вследствие разрушения городов и деревень, недоедание, сознательное распространение немцами инфекционных заболеваний — все это способствовало вспышке эпидемии сыпного тифа.

Добывали медицинское имущество партизаны и во время налетов на вражеские гарнизоны и транспорт. Прибегали к использованию местных ресурсов в качестве заменителей недостающего медицинского имущества. Медицинской службой партизанских формирований широко применялся мох вместо ваты, парашютный шелк и суровое полотно вместо бинтов, из тола изготавливали противочесоточную мазь, а ректифицированный спирт заменяли самогонном после его двукратной перегонки.

Дефицит лекарств вынудил врачей использовать лекарственное растительное сырье. Неоценимую услугу оказали местные жители, полешуки старшего поколения, которые превосходно знали разные травки, корешки, настойки и натирания. Эти люди и в мирное время широко и умело пользовались целебными травами.

Применялись разнообразные формы препаратов из лекарственных растений — отвары, настойки на самогоне, мази на говяжьем жире с порошками растений, при простуде делали ингаляции. Аптечка партизанского соединения состояла из следующих групп растений: вяжущие растения (кора дуба, соплодия ольхи, ягоды черники); противомикробные и регенерирующие (почки и листья березы, корни окопника, слоевища цетрарии); потогонные противопростудные (цветки липы, цветки и ягоды малины, почки березы, побеги багульника); витаминные (ягоды клюквы, брусники, хвоя, листья березы, крапива); для лечения соматических заболеваний (побеги черники для лечения сахарного диабета); противочесоточные (порошок из почек березы для приготовления мазей, березовый деготь); перевязочный материал (торфяной мох сфагнум).

Если же готовилось лекарство для лечения медленно заживающих ран, мы к этой мази прибавляли немного йода, несколько кристаллов марганцовки. Позже, когда с Большой земли к нам начали поступать белый и красный стрептоцид, включали и его в эту смесь. Такая березовая мазь оказалась очень эффективным лекарством. При экземе уже на вторые сутки резко уменьшался зуд в области поражения, через два-три дня эти участки подсыхали. Если мазь накладывалась на раны, они вскоре очищались от гнойных наслоений, и заживление проходило намного быстрее. С успехом применялся березовый порошок и для профилактики отморожений. В этом случае мазь готовилась на говяжьем жиру. Особую популярность завоевала береза при лечении чесотки. Из березовой коры добывали деготь, к нему добавляли тол, который заменял нам серу, и свиной жир. Компоненты тщательно перемешивали и втирали в пораженные участки тела. Такой мазью натирали больные места по три раза на протяжении нескольких дней, затем больного направляли в баню. Подобная процедура повторялась дважды, трижды, до полного выздоровления» [1, С. 14].

Одной из наиболее серьезных проблем раневых патологий является инфицирование ран патогенными микробами и грибами. Поэтому вели поиск лекарственных растительных средств, повышающих регенераторный потенциал организма, обладающих противомикробными свойствами.

Известны случаи использования партизанами сфагнового мха для перевязок без стерилизации. Хирург И. П. Виноградов в годы войны приготовил сфагновую мазь из листьев сфагноума папиллозного и вазелина, взятых в соотношении 1:1, которая способствовала заживлению гнойных ран. Все это позволяло в случае острой необходимости заменять лекарства, а иногда было единственным способом спасения раненого [2, С. 42].

Наряду с применением лекарственных средств растительного происхождения большое внимание уделялось физиотерапевтическим методам лечения. Для лечения ревматических заболеваний широко использовалось прогревание паром над каткой с камнями, из-за отсутствия медицинских банок шли в ход разные кружки, чашки, гильзы от патронов. Как профилактику разных инфекционных заболеваний можно привести, например, использование партизанских дезкамер. Это когда в бочке с кипящей водой и плотно закрытым дном от этой же металлической емкости, с укрепленной внутри сеткой, укладывалась грязная одежда. За один день в бочке дезинфицировали одежду до 100 партизан. Использование этих проверенных опытом народных средств способствовало повышению действенности и эффективности медицинской помощи как партизанам, так и местному населению.

Выводы

Опыт врачей партизанских соединений периода Великой Отечественной войны имеет огромное медицинское значение, может быть использован для разработки препаратов растительного происхождения в разных экстремальных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крючок, Г. Р. Очерки истории медицины Беларуси / Г. Р. Крючок. — Минск, 1967.
2. Минько, Л. И. Народная медицина Белоруссии (краткий исторический очерк) / Л. И. Минько. — Минск, 1969.

УДК 616.33/.34-053.2/.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Тарасенко А. С.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В общей структуре заболеваний детского возраста хронические воспалительные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимают первое и второе место среди всех заболеваний (25–45 %). Наиболее часто у детей наблюдаются хронические гастродуодениты — у 55–60 %, тогда как язвенная болезнь (ЯБ) желудка диагностируется редко (1–2 %). У детей чаще бывают сочетанные поражения пищевода, желудка и ДПК. Эзофагит хронический составляет около 11–17 % среди заболеваний органов пищеварения. В структуре патологии пищевода в детском возрасте до 85 % приходится на гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР), который приводит к выраженным деструктивным изменениям слизистой оболочки пищевода.

Цель

Изучить особенности течения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с эрозивно-язвенными поражениями у детей и подростков Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе педиатрического отделения № 1 Гомельской областной детской клинической больницы в 2016 г. — 113 детей и подростков в возрасте от 8 до